

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 147

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

QUATRE CAS

DE

GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 25 Mars 1920

PAR

MARCEL JOSSERAND

Médecin sous-aide-major

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Grenoble le 18 octobre 1890



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

1920

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 147

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

QUATRE CAS

DE

GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 25 Mars 1920



PAR

MARCEL JOSSERAND

Médecin sous-aide-major

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Grenoble le 18 octobre 1890



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	}	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales...		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	}	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....		WEILL.
Chimie organique et toxicologique	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	}	HUGOUNENQ
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	}	MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....	}	X.
Pathologie et Thérapeutique générales		POLICARD.
Anatomie pathologique.....	}	DOYON.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	}	MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.....	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	}	ETIENNE MARTIN.
		COURMONT.
		PIC
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégés
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR.	—
Embryologie	LATARJET.	—
Anatomie topographique.....	PATEL.	—
Botanique.....	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile.....	X.	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.	—

AGREGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN.	SAVY	BONNAMOUR
COMMANDEUR.	LERICHE	FROMENT	chargé des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
LAROYENNE	TAVERNIER.	PIÉRY	chargé des fonctions
VORON.	CADE	COTTE	FAVRE —
NOGIER.	GUILLEMARD	DUROUX	GRAVIER —
LATARGET	GARIN		ROUBIER —

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président de Thèse : M. le Prof^r FABRE

Prof^{rs} agrégés : MM. POLLOSSON A., VORON et DUROUX

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MA SOEUR

« A CEUX QUI PIEUSEMENT SONT MORTS
POUR LA PATRIE »

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

*Il nous a inspiré le sujet de ce travail
et nous en a donné les éléments. Nous
lui devons notre plus profonde reconnaissance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Il arrive parfois, au cours d'une grossesse dont les débuts étaient normaux, que la malade présente brusquement, à la suite d'un effort ou d'un traumatisme ou, le plus souvent sans cause apparente quelques pertes, d'abord rosées puis sanguinolentes, qui continuent à se produire pendant un certain temps. Puis, au bout d'un nombre de jours variable, elle est prise de douleurs et expulse un fœtus avant terme. L'examen du délivre montre un placenta marginé, et les membranes reconstituées se trouvent être trop petites pour avoir pu contenir le fœtus. Ainsi est réalisée l'anomalie que Glaize, dans sa Thèse inaugurale de 1899, a appelé : « Grossesse extra-membraneuse ».

Des faits de ce genre, bien qu'assez rares, ont été mentionnés, depuis, en un certain nombre de publications. Cependant les auteurs ne sont pas toujours d'accord sur le mécanisme de production et l'étiologie de ces anomalies. Il est, en effet, fort difficile de diagnostiquer cette sorte de grossesse et, au cours des observations, un certain nombre de

faits ne sont probablement pas remarqués, qui pourraient peut être nous éclairer sur son étiologie.

Nous allons tout d'abord exposer les quelques observations que nous avons pu recueillir à la Clinique Obstétricale de Lyon puis, nous reportant à ce qui a été fait jusqu'ici, nous passerons en revue les diverses théories édifiées pour en expliquer le mécanisme et nous exposerons les faits qui nous font pencher vers une pathogénie un peu différente. Nous décrirons ensuite la symptomatologie et nous terminerons par le traitement à appliquer dans le cas où le diagnostic de grossesse extra-membraneuse aura pu être porté.

CHAPITRE PREMIER

Définition — Historique

Il n'y a guère qu'une trentaine d'années que furent signalés les faits concernant cette anomalie de la grossesse que constitue le développement du fœtus hors de ses membranes ovulaires.

En 1878, Lebedeff, de St-Petersbourg, attire l'attention sur le développement d'un fœtus en dehors de l'amnios, dans une poche formée par le chorion seul.

Puis, en 1899, Glaize rapporte un certain nombre de cas de ces grossesses extra-amniotiques et, fait nouveau, de grossesses à proprement parler extra-ovulaires et leur donne le nom de « grossesses extra-membraneuses ».

Ce n'est que depuis cette époque que l'on connaît ces faits restés jusque là ignorés, probablement parce que les anciens auteurs n'avaient pu admettre l'idée, ni même concevoir que le fœtus pût ainsi continuer à se développer à même la cavité utérine.

Depuis, se succèdent un certain nombre de communications qui sont recueillies par le D^r Maroger (Thèse de Paris, 1903), Mlle Tourrier (Thèse de Montpellier, 1912), le D^r Bonnet (Thèse de Paris, 1913).

Les quelques observations que nous avons pu retrouver à la Clinique Obstétricale de Lyon vont servir de base à ce travail et nous permettront, comme l'ont fait ces auteurs, d'apporter quelques éclaircissements à l'étude de ces phénomènes encore peu connus et expliqués de façons aussi diverses. Assurément nous n'avons pas la prétention d'en donner une explication qui doive être définitive, mais nous espérons par notre modeste travail, grâce aux enseignements et aux conseils éclairés de notre maître, M. le Professeur Fabre, faciliter la tâche de nos successeurs à qui reviendra un jour l'honneur de résoudre enfin ce difficile problème.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

MM. FABRE et BOURRET. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Lyon*, avril 1919.

UN CAS DE GROSSESSE EXTRA-MEMBRANEUSE.

Femme âgée de 30 ans, entrée dans notre service au cours de la troisième grossesse. Les deux premières grossesses avaient évolué normalement. Rien d'anormal dans ses A. H. et A. P. pas de spécificité, D. R. du 15 au 21 septembre 1909. La grossesse évoluait sans incidents lorsque, le 6 janvier, à la suite d'un effort au cours de son travail, la malade fut prise d'une hémorragie. Ces pertes, d'après elle, auraient été constituées par du sang et des caillots, mais comme elles furent immédiatement traitées par des injections chaudes, on ne saurait affirmer qu'il

ne s'est écoulé en même temps aucun liquide aqueux. L'écoulement ne dure qu'un jour.

Un mois après la malade, reprise de douleurs et de pertes sanglantes, fut envoyée dans le service pour menace d'avortement. A ce moment l'écoulement était constitué par du sang pur. La malade toussait et présentait, à l'auscultation, des signes assez nets de tuberculose.

Les bruits du cœur fœtal furent perçus jusqu'au 26 février ; à cette date, la malade eut des douleurs plus violentes et le liquide sanglant qu'elle continuait à perdre devint plus clair et certainement mêlé d'eaux. Le 28 février, expulsion d'un fœtus macéré pesant 630 grammes et du délivre dont le poids était 232 grammes.

L'autopsie du fœtus, malgré la disproportion entre son poids et celui du placenta, a montré qu'il ne s'agissait pas d'un macéré syphilitique : le poids de la rate n'étant que de 2 grammes, soit le 315^{me} du poids du corps ; d'autre part le signe de Vegner était négatif.

L'examen du délivre montrait qu'il était composé d'un placenta pesant 232 grammes et présentant une cavité membraneuse pouvant contenir environ une mandarine, mais il ne semblait pas possible que le fœtus arrivé au degré de développement actuel pût être contenu dans son intérieur. Les membranes paraissaient macroscopiquement composées de trois feuillets ordinaires. Tout autour du point de réflexion des membranes sur le placenta, existait une

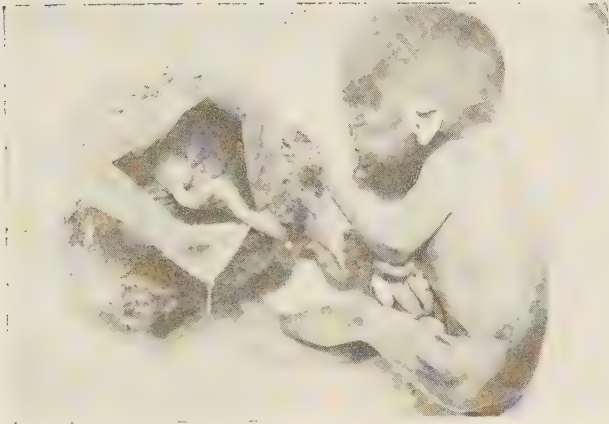


FIG. 1. — Fœtus extra-membraneux (Obs. III).

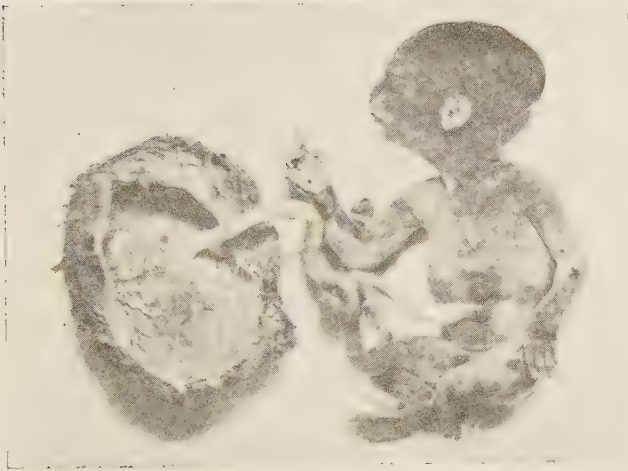


FIG. 2. — Fœtus extra-membraneux (Obs. IV).

collerette très nette d'environ 3 à 4 centimètres de large.

La masse placentaire examinée microscopiquement montrait : 1° que les membranes étaient constituées par le chorion et la caduque très épaissie. Ce n'est qu'au niveau de la région des membranes tapissant le gâteau placentaire que nous avons pu trouver l'amnios nettement différencié. Il est difficile de dire s'il s'agit ou non d'un décollement artificiel, accidentel, ou d'une grossesse véritablement extra-membraneuse ; 2° que la collerette bordant l'insertion placentaire était limitée par la muqueuse doublée d'un dépôt fibrineux abondant ; 3° que l'aspect carnifié des coupes était dû à des thromboses diffuses de la plus grande partie du tissu placentaire ; ces thromboses paraissaient récentes, car les villosités au sein même des masses de fibrine avaient conservé leur revêtement épithélial.

En somme il paraît s'agir d'une grossesse extra-membraneuse remontant sans doute aux premiers accidents accusés par la malade le 6 janvier. La grossesse aurait donc évolué pendant plus de deux mois.

Il est difficile de rattacher l'état thrombosique, à peu près généralisé, constaté dans le tissu placentaire, soit à une cause locale, l'examen n'ayant révélé qu'une hypertrophie nette de la caduque, soit à une cause générale, la malade n'ayant eu, semble-t-il, ni syphilis, ni albuminurie.

OBSERVATION II

Clinique Obstétricale de Lyon ; juin 1911.

Femme âgée de 27 ans, entre au cours de sa troisième grossesse à la suite d'une hémorragie. Pas d'A. H. remarquables, pas d'A. C. Dans le jeune âge elle a eu la rougeole, depuis elle est en bonne santé.

Les deux premières grossesses furent normales, les deux enfants, venus à terme, sont morts l'un le lendemain de l'accouchement, l'autre à un mois et demi, de convulsions.

Le début de la grossesse actuelle a été normal, mais, depuis un mois et demi, la malade se mit à perdre. Les pertes, irrégulières pendant un mois, surviennent à peu près tous les jours pendant ces quinze derniers jours. Elle ressentait également quelques coliques.

Lundi dernier (10) la malade prit, à 8 heures du matin, une abondante hémorragie à la suite de laquelle elle entre à la Charité. Elle continue à perdre, cependant un peu moins, jusqu'à mercredi matin. Mardi après-midi elle est prise de coliques et de douleurs expulsives et accouche d'un fœtus de cinq mois et demi, dont le cœur battait encore à la naissance, mais qui mourut peu de temps après.

La délivrance se passe normalement. Pas de fièvre. Les membranes examinées apparaissent peu volumineuses, du volume du creux de la main, et très

épaissies. Elles ne semblent pas avoir pu contenir le fœtus tel qu'il est au moment de l'accouchement.

OBSERVATION III

Clinique Obstétricale de Lyon, mai 1911.

Femme de 24 ans, primipare. Entre à la clinique pour des pertes rouges.

A. H. Père mort d'un néoplasme. Mère en bonne santé.

A. C. Deux frères et deux sœurs bien portants.

A. P. La malade, nourrie au sein, a été réglée à 15 ans et demi et, depuis, régulièrement. Pas de signes de spécificité. Jamais elle n'a eu de pertes.

D. R. du 3 au 7 janvier. Jusqu'au troisième mois de sa grossesse elle a eu des vomissements. Depuis un mois et demi, la malade a des pertes sanglantes survenues, dit-elle, sans cause apparente. Ces temps derniers elles ont augmenté de quantité.

HU = 20 cm.

CO = 80 cm.

Le 14 mai. — La malade continue à perdre ; la nuit dernière elle a perdu beaucoup, dit-elle, et elle se plaint de douleurs localisées dans le domaine du crural du côté droit. On ne perçoit pas les bruits du cœur du fœtus.

Le 16 mai. — Les pertes continuent. On ne perçoit toujours pas les bruits du cœur. HU = 22 cm.

Le 19 mai. — L'enfant a bougé dans la matinée. Aucun bruit du cœur. HU = 21 cm.

Le 20 mai. — L'enfant a bougé ce matin. Rien à l'auscultation. La malade est mise à l'iodure (2 gr. par jour).

Le 23 mai. — Depuis 1 heure de l'après-midi la malade présente des douleurs ; le 24 à minuit trente, l'accouchement se fait facilement : l'enfant vient par le siège et on n'a pas le temps de couper le cordon, le placenta étant déjà à la vulve. Le cœur bat quelques instants après la naissance.

L'enfant pèse 610 grammes ; le placenta 200 grammes ; le foie 26 grammes ; la rate 1 gramme.

A l'examen du délivre on constate que les membranes, épaissies, ne pouvaient contenir le fœtus à leur intérieur parce que trop petites. Le placenta est gris et épais, avec un commencement de margination ; de plus on trouve, à la limite du placenta et des membranes, des caillots brunâtres qui semblent bien être dus à l'endométrite.

OBSERVATION IV

Clinique Obstétricale de Lyon, Décembre 1919.

Femme de 35 ans, multipare, entre à la clinique parce qu'elle a des pertes rouges.

A. H. Mère morte d'une maladie de cœur. Père bien portant.

A. C. Sœur morte à trois ans de méningite. Six frères en bonne santé.

A. P. A eu la rougeole et la coqueluche. Nourrie au sein. Réglée à 14 ans et demi, irrégulièrement ; les règles sont douloureuses. Mariée à 18 ans (mari bacillaire).

Première grossesse à 20 ans suivie d'une fausse couche (1 mois et demi).

Deuxième grossesse à 23 ans. L'enfant meurt d'entérite à 4 mois.

Troisième grossesse à 26 ans ; quatrième à 29 ans : normales.

Actuellement elle est enceinte de 4 mois.

La malade a toujours eu, depuis sa première grossesse, des pertes blanches, surtout abondantes dans l'intervalle des règles et survenant par gorgées. En même temps, douleurs dans les flancs irradiées dans les lombes.

Cet état subsiste jusqu'au commencement novembre 1919, époque à laquelle la malade étant enceinte présente un point de côté gauche à la suite d'un effort ; elle a en même temps une sensation de bouffée de chaleur et un peu de sang s'écoule par le vagin. Cet écoulement accompagnant les pertes blanches est continu. La malade, inquiète, va trouver une sage-femme qui, craignant une fausse couche et des hémorragies, l'envoie à la clinique.

A l'entrée : malade au teint anémié, présentant des pertes peu abondantes. Dans la nuit du 18 au 19, petite perte rosée.

7 décembre. — Jusqu'à ce jour la malade n'a pas

cessé d'avoir un léger suintement rose ; cette nuit, perte sanguine abondante. HU = 13 cm. L'utérus contient une quantité notable de liquide. On n'arrive pas à percevoir les bruits du cœur. Il y a trois semaines, la malade percevait des mouvements ; depuis trois jours ils se sont faits plus rares et moins nets.

10 décembre. — On pratique un toucher : le col a gardé sa longueur et présente quelques déchirures, l'orifice externe est entr'ouvert. L'utérus, pendant et après la contraction, offre la même consistance sans mollesse.

12 décembre. — La malade se plaint de mal à la gorge. Les amygdales sont, en effet, tuméfiées. Température subfébrile. Toux rauque. Pas d'expectoration. Epistaxis léger. A l'auscultation : râles de bronchite.

20 décembre. — Depuis trois jours les pertes rosées ont presque disparu et on n'observe plus qu'un suintement. Ce matin, le cordon sort du vagin : il ne bat pas. Aucune douleur ni hémorragie.

21 décembre. — Avortement et délivrance spontanée, sans incident. Le fœtus, macéré depuis deux ou trois jours est âgé de cinq mois environ. L'examen du délivre montre les membranes recroquevillées sur le bord du placenta ; elles sont épaissies et blanchâtres. Le placenta est marginé et a la forme d'une cupule.

RESUME DES OBSERVATIONS

L'étude de ces quatre observations nous apprend que, vers le quatrième mois de la grossesse, il peut se produire pour une cause encore mal connue, une brusque hydorrhée amniotique persistant un certain nombre de jours pendant lesquels le fœtus continue à se développer *in utero*, jusqu'au moment où se produit l'avortement. L'examen du délivre montre des membranes rétractées, formant une poche hors de proportion avec le volume du fœtus ; elles sont épaissies et blanchâtres ; le placenta est toujours marginé.

CHAPITRE III

Étiologie et Pathogénie

1° STRUCTURE ET DISPOSITION NORMALES DES MEMBRANES ET DU PLACENTA.

L'œuf est constitué par l'embryon plongeant dans la cavité amniotique, cavité limitée par les membranes : l'amnios et le chorion adhérent à la caduque réfléchie puis, plus tard à la caduque vraie. D'autre part, en un point limité du chorion se trouve le placenta relié à l'embryon par le cordon ombilical.

L'amnios est une membrane mince, en rapport par sa face interne avec le liquide amniotique et par sa face externe avec le chorion auquel il est uni par une couche de tissu cellulaire lâche contenant quelques vaisseaux (membrane intermédiaire de Bischoff). Il présente une vascularisation, d'ailleurs peu importante, mais qui a cependant été signalée et étudiée par Jungbluth, Waldeyer et Dastre. Il tapisse la face fœtale du placenta ainsi que le cordon ombilical.

En dehors de lui se trouve le chorion qui entoure complètement l'œuf. Dans les premiers mois de la grossesse il est hérissé de villosités qui pénètrent la caduque réfléchie et la caduque vraie ; mais, après le troisième mois, ces villosités ne persistent plus qu'en un point limité pour former le chorion frondosum ou chorion villex qui donnera naissance au placenta fœtal. Le reste du chorion (chorion lisse) le continue ; il adhère intimement à la caduque réfléchie par quelques villosités et il est difficile de les séparer l'un de l'autre. Le chorion est très riche en vaisseaux dans les premiers temps de la grossesse ; Dastre y a décrit des artères venant des artères ombilicales et des veines se jetant dans la veine ombilicale. Delore (Société Obstétricale de France 1899) a présenté de belles préparations du chorion montrant des plexus vasculaires à mailles serrées. Le chorion a donc une vitalité propre dans les premiers mois de la grossesse. Ces vaisseaux, il est vrai, s'atrophient vers la fin et ne subsistent plus que dans le chorion frondosum.

Plus en dehors est la caduque qui se divise en :

1° Caduque sérotine ou inter-utéro-placentaire qui formera la portion maternelle du placenta.

2° Caduque vraie qui n'est autre que la muqueuse utérine hypertrophiée et modifiée et qui se continue avec la sérotine.

3° La caduque réfléchie entourant l'œuf pendant les premiers mois et se réunissant plus tard à la caduque vraie.

Quant au placenta, il est formé de deux parties distinctes : la partie maternelle ou sérotine présentant des saillies appelées cloisons intercotylédonaires dans l'intervalle desquelles viennent se loger les villosités du chorion frondosum qui forme la partie fœtale du placenta. La face fœtale est recouverte par l'amnios qui, à la limite du placenta s'accole au chorion lisse pour former, avec la caduque réfléchie, les membranes de l'œuf.

2° LE PLACENTA MARGINÉ.

Telle est la disposition des membranes et du placenta. Mais il arrive qu'au lieu de s'insérer sur le pourtour même du placenta, les membranes, amnios et chorion, laissent entre le bord placentaire et leur zone d'insertion une collerette qui n'est recouverte que par leur portion réfléchie. Ainsi se trouve constitué ce que Schwab a appelé le placenta marginé et qu'il définit ainsi :

« Placenta présentant sur sa face fœtale un
« anneau blanchâtre, plus ou moins marqué, d'une
« largeur variable, tantôt circulaire, tantôt en arc,
« éloigné d'un ou plusieurs centimètres du bord
« placentaire. »

En 1874 Hunter écrit : « Sur un placenta épais,
« j'ai remarqué la particularité suivante : à sa
« face interne, non loin de la circonférence externe,
« j'ai trouvé une marge proéminente sur laquelle
« on remarque les membranes imprégnées de sang
« coagulé. Cela, sur toute la superficie interne du

« placenta, lui donne l'aspect d'une écuelle. Sur
« cette marge s'insèrent les membranes et la circon-
« férence du placenta, au lieu d'être un bord mince,
« est épaisse et proéminente. »

Or nous avons pu remarquer dans les observations précédentes que, dans les cas de grossesse extra-membraneuse, l'examen du délivre montrait un placenta marginé répondant exactement à la description de Hunter. Du reste tous les auteurs le mentionnent : Glaize cherche dans le placenta marginé l'origine de la rupture prématurée des membranes ; Maroger arrive aux mêmes conclusions. Bonnet et Mlle Tourrier considèrent la margination du placenta comme la conséquence de cette rupture. Quoi qu'il en soit, un fait maintenant certain, c'est que, toutes les fois qu'il y a grossesse extra-membraneuse le placenta est marginé ou tout au moins bordé.

3° MÉCANISME DE PRODUCTION DU PLACENTA MARGINÉ.

Envisageons maintenant les différentes théories qui ont été édifiées pour expliquer la pathogénie du placenta marginé .

La collerette, au dire de Ruge, est due à un exsudat fibrineux provenant d'hémorragies survenues pendant la grossesse à la périphérie de l'œuf ; le sang résultant d'une endométrite déciduale s'accumule entre la caduque vraie et la caduque réfléchie. Spath et Weld sont du même avis. Kölliker croit que

l'anneau blanc est constitué par l'épaississement de la caduque sous-choriale se soudant à la caduque réfléchie. Busch et Ackermann en font le résultat d'un accolement de deux caduques formant une cavité circulaire dans laquelle s'accumulent les caillots laissant un dépôt fibrineux. Verit conclut que l'endométrite cause la margination en produisant un épaississement en anneau de la caduque réfléchie qui gêne le placenta dans son développement. Celui-ci pousse ses villosités en dehors et en dessous de cet anneau. Schultz et Küstner partagent cette opinion.

En somme, tous ces auteurs s'accordent pour rattacher la margination du placenta à des lésions d'endométrite déciduale ; sous l'influence de cette inflammation, la caduque épaissie forme un anneau rigide gênant le développement du placenta et les villosités chorio-placentaires passent sous ce cercle et viennent au dehors constituer la marge

Plus récemment Sfameni (archivio italiano di Ginecologia 1905) et Pierron (Thèse Lyon 1907) donnent une explication un peu différente du mécanisme de sa formation.

Il existe, dit Sfameni, trois causes principales qui, dans le développement du placenta, contribuent à lui donner sa forme de calotte sphérique :

1° La pression endo-lacunaire, due au sang contenu dans les villosités placentaires, s'exerce dans tous les sens et tend à faire accroître le placenta dans toutes ses dimensions.

2° La pression intra-ovulaire, elle, s'exerçant sur

la face fœtale du placenta tend à arrêter son développement dans le sens de l'épaisseur et l'étale au contraire en surface en l'appuyant contre la paroi utérine.

3° La distension active des parois de l'utérus a pour effet d'étaler la face maternelle du placenta et de régler son accroissement parallèlement à celui de la face fœtale.

Si l'un de ces facteurs vient à manquer ou à diminuer d'intensité il se produit une perturbation dans le développement du placenta qui prend une forme anormale. Quelles sont donc les variations susceptibles de se produire en même temps que celles de ces trois facteurs ? Pierron dit avec juste raison : « On ne peut admettre un défaut d'action
« de la part de la pression endo-lacunaire car ce
« serait une interruption fatale de la grossesse. Le
« manque d'action ne peut donc provenir que de
« la pression endovulaire ou du manque de disten-
« sion des parois utérines. »

Laissant de côté ce dernier facteur nous ne considérerons que les conséquences qu'entraîne le défaut de tension intra-ovulaire.

Dans ce cas particulier que se passe-t-il ? La face fœtale sur laquelle ne s'exerce plus qu'une pression minime ou même nulle, ne s'accroît plus en surface. La face utérine, elle, continue à se développer et il se produit une incurvation en dedans des bords du placenta de telle sorte qu'il prend la forme d'une cupule. L'insertion des membranes qui, dans le placenta normal se trouve à la limite de séparation

de la face foetale et de la face maternelle, se trouve du même coup reportée plus en dedans et forme une marge à la périphérie. Les membranes se replient en dehors de cette insertion et l'on voit une portion de la caduque réfléchie, adhérente au chorion, venir s'accoler à cette marge. Ainsi se trouve constitué le placenta marginé avec sa collerette formée de deux lames : l'une, la supérieure constituée, en allant de haut en bas, par l'amnios, le chorion, la caduque réfléchie ; l'autre, l'inférieure, par la caduque séro-tine formant la marge placentaire.

4° LA MARGINATION DU PLACENTA ENVISAGÉE COMME CONSÉQUENCE DE LA RUPTURE DES MEMBRANES

Or tous les auteurs ont remarqué que, dans la grossesse extra-membraneuse, le placenta est toujours marginé et Glaize voit dans cette malformation la cause de la rupture des membranes ; en effet, dit-il : « Il y a rétrécissement de l'aire choriale qui est « gênée dans son extension, l'œuf est entravé dans « son développement; on comprend alors qu'il peut « se rompre prématurément, l'accroissement du « fœtus n'étant plus proportionnel à celui de la cavité « qui doit le contenir. »

Mais alors, comment expliquer les nombreux cas de grossesses avec placenta marginé amenant à terme un fœtus bien constitué et dont le pronostic vital n'est pas sensiblement assombri par cette anomalie ? Pourquoi n'y a-t-il pas fatalement rupture

des membranes chaque fois qu'il y a margination du placenta ? Et pourtant ces cas de grossesse extra-membraneuse sont assez rares par rapport à ceux de placenta marginé.

Nous sommes enclins, en présence de tels faits, à admettre avec Funck (thèse de Nancy 1910) et Mlle Tourrier (loc. cit.) que le placenta marginé est la conséquence et non la cause de la grossesse extra-membraneuse. Mais nous ne sommes pas du même avis qu'eux sur la façon dont se produit cette margination. Funck, en effet, en donne l'explication suivante : il y a d'abord rupture des membranes qui se rétractent vers le centre du placenta et s'accolent par leur face amniotique, formant ainsi une marge qui serait constituée par deux lames : l'une, la supérieure, formée en allant de haut en bas par la caduque réfléchie, le chorion et l'amnios, l'autre, l'inférieure, par l'amnios tapissant la face fœtale du placenta et cette face elle-même. Or nous avons vu plus haut que telle n'était pas, d'après Sfameni et Pierron, la constitution de la marge placentaire.

Nous admettrons donc, avec Funck, que le placenta marginé est la conséquence de la rupture des membranes. A l'appui de cette théorie Pierron fait avec juste raison remarquer « que la margination est
« d'autant plus forte que la sortie du fœtus hors de
« ses enveloppes se sera produite plus près du début
« de la grossesse, c'est-à-dire moins la phase de développement est avancée ».

Glaize lui-même avait constaté que, dans le cas de Dubrisay (fœtus ayant séjourné vivant pendant

110 jours dans la cavité utérine. — Soc. Obst. Paris, février 1899) la margination du placenta est plus prononcée que dans les autres délivres observés par lui.

En outre, dans la grossesse extra-amniotique, la pression endovulaire, due au liquide amniotique contenu dans la poche chorale, subsistant, il n'y a pas de placenta marginé.

Nous pensons donc que le mécanisme de sa formation est celui qu'ont décrit Sfameni et Pierron, c'est-à-dire défaut de pression intra-ovulaire par rupture des membranes et écoulement du liquide amniotique, accroissement plus rapide de la face maternelle du placenta amenant une incurvation de ses bords qui entraîne la formation d'une marge par accollement des membranes de dedans en dehors et non pas, comme le dit Funk de dehors en dedans.

5° CAUSES DE LA RUPTURE DES MEMBRANES.

Nous allons maintenant étudier quelles peuvent être les causes qui occasionnent cette rupture prématurée des membranes.

Dans l'observation de Tarnier (1895) l'origine est un traumatisme causé par la pénétration d'une épingle à chapeau à travers la paroi abdominale dans l'utérus gravide de la malade. D'autres faits mentionnant le traumatisme nous sont rapportés par Bonnet (Thèse Paris, 1913) qui en fait l'unique cause de rupture. L'observation I montre également un

effort à l'origine de l'écoulement. — Maygrier et Schwab incriminent l'insertion basse du placenta produisant le tiraillement des membranes ; cependant ce mécanisme ne peut guère avoir lieu qu'à un âge assez avancé de la grossesse alors que, comme nous l'avons vu au cours de nos observations, la rupture prématurée précédant la grossesse extra-membraneuse se produit vers le quatrième mois. — Oui considère l'hydramnios comme cause de surpression intra-ovulaire pouvant amener la rupture.

Mais le plus souvent on est dans l'impossibilité d'invoquer ce mécanisme, l'écoulement survenant sans cause apparente ; alors il faut bien classer ces faits dans la catégorie des ruptures prématurées des membranes d'un œuf greffé sur un utérus atteint d'endométrite déciduale et bien étudiées par Hégar, Spiedelberg, Verit, Schröder à l'étranger, Tarnier et Budin en France.

Tarnier (Communicat. Congrès de Bordeaux, 1895) semble résoudre le problème dans ce sens lorsqu'il dit : « Reste à dire pourquoi et à quelle époque l'œuf
« s'est ouvert ? Il est possible que cette ouverture
« ait été causée traumatiquement par la pointe de
« l'aiguille dans la cavité utérine où elle aurait
« atteint les membranes (6 nov.). Mais il est plus
« probable qu'elle ne s'est produite que le 18 novembre, date de l'écoulement amniotique, et
« qu'elle a été consécutive à une endométrite d'origine traumatique (pointe de l'aiguille ayant blessé
« l'utérus sans ouvrir l'œuf ».

Quant à l'origine de cette endométrite elle est

encore mal déterminée. La syphilis, la tuberculose ou l'infection puerpérale peuvent en être assurément la cause. Dans les cas que nous avons observés, nous remarquons une malade bacillaire (Obs. I) et une autre ayant des antécédents tuberculeux (mari bacillaire, Obs. IV) ce qui pourrait peut-être expliquer cette altération de la muqueuse utérine. La plupart du temps on ne trouve rien de précis à invoquer ; mais il semble logique d'admettre qu'une infection, soit passée inaperçue, soit volontairement cachée (blennorrhagie), est venue atteindre la muqueuse utérine.

Quoi qu'il en soit, cette endométrite déciduale amènera une inflammation à la fois de la caduque vraie et de la caduque réfléchie : ce processus pathologique envahira ensuite le chorion et, par continuité de tissu, l'amnios. Ainsi se produira dans les membranes une altération qui les rendra à la fois plus friables et moins élastiques ; leur rupture pourra se faire ensuite soit à l'occasion d'un traumatisme même léger, soit pour une cause qui passe inaperçue. Et cela coïncide avec les faits que nous avons rapportés dans nos observations et que mentionnent avant nous les auteurs, c'est que les membranes, à l'examen du délivre, sont blanchâtres et épaissies, couleur et consistance qui semblent devoir être attribuées au processus inflammatoire qui les a altérées.

En résumé : nous croyons que l'œuf s'est greffé sur une muqueuse utérine atteinte d'endométrite déciduale ; il s'est produit une altération des membranes facilitant ou amenant leur rupture, celle-ci se fait en

moyenne vers le quatrième mois. Secondairement se produit la margination du placenta.

5° CICATRISATION DE L'ORIFICE DE RUPTURE.

Nous avons signalé, en rappelant la structure des membranes ovulaires, les vaisseaux décrits par Bard, Waldeyer et Dastre à la fois dans le chorion, l'amnios et la membrane intermédiaire de Bischoff ; ceci permet de comprendre comment se cicatrise l'orifice de rupture. Les deux bords libres des membranes s'accolent et il se forme un anneau, véritable raphé cicatriciel dont Glaize a donné la preuve histologique.

6° EVOLUTION DU FŒTUS IN UTERO

Mais alors, pourquoi le fœtus, sorti de ses membranes enveloppantes, n'est-il pas expulsé contrairement à ce qui se produit dans la majorité des cas ? Comment peut-il continuer à vivre et à se développer dans l'utérus dont il n'est plus séparé par rien ? Il faut voir dans cette exception, disent les auteurs, le résultat d'une diminution particulière de la sensibilité utérine augmentant sa tolérance. Et Guérin Valmaïe admet que cette hyposensibilité est due à l'accroissement en épaisseur de la caduque vraie enflammée par l'endométrite déciduale.

CHAPITRE IV

Symptômes et Diagnostic

L'existence d'une grossesse extra-membraneuse et en particulier, pour les cas qui nous intéressent, d'une grossesse extra-ovulaire, peut-elle être décelée avant l'expulsion du fœtus ?

Le premier symptôme qui frappe c'est l'hydrorrhée : brusquement, souvent sans cause apparente une femme présente un écoulement aqueux se produisant à une époque encore éloignée du terme. Cet écoulement, parfois simple suintement, parfois plus marqué, présentant dans certains cas des maximum sous forme de gorgées plus abondantes, est toujours continu. Le liquide recueilli est rosé ou même hémorragique. Ces caractères : continuité et teinte, le différencient du liquide dû à l'hydrorrhée déciduale, liquide qui n'est pas coloré, et dont l'écoulement discontinu peut même cesser pour ne plus reparaitre.

On pourra également reconnaître le liquide amniotique en en recueillant une petite quantité dans

laquelle on recherchera, par l'acide osmique, la réaction donnée par l'enduit sébacé qu'il contient.

Souvent d'ailleurs, des hémorragies contemporaines de l'hydrorrhée viennent la masquer et rendent ainsi le diagnostic plus difficile.

Au palper on pourra constater que l'utérus ne présente plus sa mollesse et son élasticité habituelles, il est plus consistant, moins souple (Obs. IV). On ne pourra percevoir le ballottement fœtal ; il sera souvent difficile de sentir les différentes parties du fœtus et nos observations ont montré que les bruits du cœur sont également mal perçus, parfois pas du tout.

Le toucher permettra d'apprécier aussi la consistance plus dure de l'utérus.

Ce n'est que pendant le travail, alors que le col est dilaté, qu'on pourra, en constatant l'absence de poche des eaux et d'écoulement de liquide et par la perception directe, par le toucher, d'une partie fœtale, affirmer le diagnostic de grossesse extra-membraneuse.

L'examen du délivre, après l'accouchement, confirmera ce diagnostic et montrera l'exiguïté du sac ovulaire avec son orifice cicatriciel entourant le cordon ; les membranes sont blanchâtres et épaissies, le placenta est marginé.

CHAPITRE V

Pronostic et Traitement

1° *Pour la mère.* — Pendant la grossesse le pronostic est généralement bon, cependant si l'écoulement est hémorragique il peut y avoir anémie et pertes de forces de la malade.

D'autre part, il est évident que l'ouverture de la poche des eaux facilite singulièrement la pénétration des germes pathogènes dans l'œuf, soit qu'ils viennent du vagin, soit qu'ils soient apportés de l'extérieur par des touchers septiques. Une infection puerpérale ascendante est donc toujours à redouter.

Pendant le travail l'absence de la poche des eaux qui, comme on le sait, est un facteur principal de la dilatation du col, fera que celle-ci progressera lentement et avec difficulté et pourra même aboutir à des déchirures cervicales. L'utérus, hyposensible, se contractera mal ; mais comme les dimensions du fœtus sont faibles, l'accouchement se fera en général facilement.

En somme, la grossesse extra-membraneuse n'entraîne que peu de morbidité chez la mère si les règles d'une aseptie et d'une antiseptie rigoureuses sont observées.

2° *Pour l'enfant.* — Il n'en est plus de même pour l'enfant dont la vie est presque fatalement compromise.

Dans les nombreuses observations parues il n'en est qu'une, celle de Dubrisay (loc. cit.) où l'enfant ait survécu. Toutes les autres constatent la mort du fœtus soit in utero, soit peu de temps après l'expulsion.

Et ceci est la conséquence : 1° de la précocité de la rupture des membranes (4^{me} mois), car s'il est des cas où le fœtus est toléré pendant un temps assez long (Dubrisay, loc. cit. 110 jours) en général son expulsion se produit loin du terme de la grossesse et à un moment où il n'est pas pratiquement viable.

2° Des compressions exercées sur lui, pendant la gestation et surtout pendant l'accouchement, par les parois utérines dont rien ne le sépare et ne peut amortir l'effet des contractions énergiques du muscle utérin.

En résumé, même si le fœtus naît viable et vivant, il-faudra des soins tout particuliers pour arriver à l'élever et encore n'y réussira-t-on pas dans la plupart des cas .

Lorsque nous nous trouverons en face d'une femme présentant les symptômes énumérés plus

haut, nous traiterons d'abord la cause de son affection endométritique, si elle apparaît ou si elle est avouée. On traitera la tuberculose et la syphilis par le traitement général habituel.

Dans la plupart des cas il faudra appliquer une thérapeutique purement palliative dans le but de retarder le plus possible l'accouchement et de permettre le développement du fœtus jusqu'à une époque voisine du terme ou de sa viabilité. Pour cela la malade sera mise au lit, au repos absolu ; on interdira autant que possible les visites. On s'abstiendra de la palper et surtout de la toucher inutilement et, si le toucher est absolument nécessaire, on observera pour la désinfection des mains et le manuel opératoire les règles de l'asepsie la plus absolue. Dans le même ordre d'idées, la possibilité d'une infection ascendante sera écartée par des soins d'antisepsie minutieux : ébarbage aux ciseaux des poils de la région pubienne, lavage de la vulve au moyen de compresses savonneuses stérilisées et lotions avec une solution de sublimé à 1 p. 4.000. Des injections vaginales antiseptiques seront données soit avec une solution avec 0 gr. 50 par litre de permanganate de potasse s'il y a infection blennorragique, soit avec une solution thérébentinée à 5 gr. pour 1.000 suivant la méthode du Professeur Fabre.

Un pansement occlusif aseptique de la vulve sera fréquemment remplacé et maintenu par un bandage en T.

A la moindre menace de mise en train du travail on donnera à la malade un lavement simple, puis un

lavement laudanisé avec XXX gouttes de laudanum de Sydenham dans un verre d'eau tiède. Cette dose pourra être renouvelée jusqu'à cinq fois par jour.

Si cette pratique présente quelque difficulté on fera de la morphine à la dose de un centigramme toutes les trois heures, deux ou trois fois dans la journée.

Si l'on réussit à avoir un enfant vivant, on l'entourera de tous les soins nécessités par un débile : séjour dans une couveuse, gavage avec du lait maternel.

CONCLUSIONS

I. — Au cours de la grossesse, vers le quatrième mois en général, les membranes ovulaires peuvent exceptionnellement se rompre, le fœtus continue à se développer pendant quelques semaines, en contact direct avec la paroi utérine et sans la protection normale des membranes contenant le liquide amniotique.

II. — Dans quelques cas on peut trouver, à l'origine, un traumatisme comme cause de cette anomalie ; le plus souvent l'étiologie devra être recherchée dans une altération des membranes due à de l'endométrite déciduale. Comme conséquence de cette altération, la rupture prématurée des membranes se produit, occasionnant, par manque de pression endovulaire, une margination secondaire du placenta.

III. — Le principal symptôme est l'hydrorrhée amniotique caractérisée par sa continuité, sa teinte

rosée ou hémorragique et les réactions chimiques dues à l'enduit sébacé du fœtus contenu dans ce liquide. Au palper les parties fœtales sont mal senties à travers l'utérus dont la consistance est plus dure qu'à l'ordinaire.

IV. — L'accouchement survient le plus souvent entre le cinquième et le sixième mois, il est assez facile.

Le pronostic, très mauvais pour l'enfant, est bénin pour la mère si des précautions d'antisepsie minutieuses la mettent à l'abri d'une infection ascendante.

Le Président de la Thèse,

FABRE.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Mars 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACKERMANN. — Der weisse Infarkt der Placenta (*Virchow's Archiv*, Bd XCVI 1884).
- BAR. — Note sur la cicatrisation des déchirures des membranes pendant la grossesse. (Séance du 6 avril 1898).
- BAR. — Note sur la cicatrisation des déchirures des membranes ovulaires. (*Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, février 1899).
- BAR. — Fœtus extra-membraneux. Placenta marginé. (*Soc. d'Obst. de Paris*, 6 avril 1898).
- BONNET. — Thèse de Paris, 1913.
- BOQUET. — Hydrorrhée déciduale et hydrorrhée amniotique. (*Arch. médicales d'Angers*, 5 nov. 1906).
- COMMANDEUR. — *L'Obstétrique*, 1908.
- DUBRISAY. — Un cas de grossesse extra-membraneuse. (*Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, février 1899, mars 1901).
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique*, 1915.
- FABRE et BOURRET. — *Bull. Soc. d'Obst.* (Lyon, avril 1910).
- FUNCK. — Du placenta marginé. Thèse de Nancy, 1909-1910.
- GLAIZE. — Thèse de Paris, 1899.
- GUÉRIN-VALMALE. — Soc. Obst. Paris. (*Réunion obstétricale de Montpellier*, 14 juin 1912).
- KÖLLIKER. — *Traité d'embryologie*. Traduction française 1879.
- KUSTNER. — *Über die Anatomie und Bedeutung der Placenta marginata* (*Centralblatt für Gynæck*, N° 42, p. 664, 1884).
- MAROGER. — Thèse de Paris, 1903.

- MAYGRIER. — *Bull. Soc. d'Obst. Paris*, janvier 1899.
- PIERRON. — Le placenta marginé. Thèse de Lyon, 1907.
- RUGE. — Über den Fœtus sanguinolentus. *Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynæck. Dd. I.*, p. 118, 1877).
- SCHULTZE. — Discussione in seguito alla comunicazione del Küstner fatta al Congresso dei medici et naturalisti in Magdeburg. (*Centralblatt für Gynæck*, N° 42, p. 664, 1884).
- SCHWAB. — Contribution à l'étude du placenta marginé. (*Archives de tologie et de gynécologie*, N° 7, p. 509, juillet 1895).
- SFAMENTI. — La placenta marginata e la sua genesi. (*Archivio italiano di ginecologia*, a VIII, vol. I, N° 5, 31 mai 1905).
- TARNIER et CHANTREUIL. — *Traité de l'Art des Accouchements*.
- TARNIER. — Rupture des membranes pendant la grossesse, fœtus extra-membraneux.
- TOURRIER (Mlle). — Thèse Montpellier, 1912).
- VERIT. — Über endometritis decidualis. (*Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge*. N° 254, 1885).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	7
CHAPITRE PREMIER. — Définition. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Observations.	11
CHAPITRE III. — Etiologie et Pathogénie.....	21
CHAPITRE IV. — Symptômes et Diagnostic.....	33
CHAPITRE V. — Pronostic et Traitement.....	35
CONCLUSIONS.	39
BIBLIOGRAPHIE.	41
